FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série. No 116

L'HUILE SOUFRÉE

DANS LE TRAITEMENT

DU PSORIASIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ROUSSEAUX

Né le 6 Juin 1890, à Domremy-la-Canne (Meuse).

Examinateurs de la Thèse :

MM. L. SPILLMANN, professeur.. *Président.*
SIMON, professeur ..... *Juges.*
RICHON, agrégé..... *Juges.*
J. PARISOT, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série. No 116

L'HUILE SOUFRÉE

DANS LE TRAITEMENT

DU PSORIASIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ROUSSEAUX

Né le 6 Juin 1890, à Domremy-la-Canne (Meuse).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. L. SPILLMANN, professeur..	*Président.*	
SIMON, professeur.....	*Juges.*	
RICHON, agrégé.....	*Juges.*	
J. PARISOT, agrégé.....	*Juges.*	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honnoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
Histologie	M. COLLIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ✪.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. N...
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Theurapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

M. MICHEL, I ✪.
M. RICHON, ✲, I ✪.
M. G. GROSS, ✲, I ✪.
M. ROBERT, I ✪.
M. BUSQUET, I ✪.
M. BINET, I ✪.
M. PERRIN, I ✪.
M. THIRY, ✲, I ✪.
M. FAIRISE, A ✪.
M. J. PARISOT, ✲, I ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G O ✲, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✲ ⚓, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

en témoignage d'affectueuse et profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. SPILLMANN

Professeur de Clinique de dermatologie et de syphiligraphie

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMON

Professeur de Clinique médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHON

Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PARISOT

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

A notre retour à la Faculté, après sept années d'absence, nous avons été profondément touché de la bienveillance et de la bonté de tous nos maîtres et nous sommes heureux de leur témoigner ici notre profonde et inaltérable reconnaissance.

Remercions tout d'abord Monsieur le Professeur L. Spillmann, qui après avoir bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, au cours duquel il nous a guidé de ses conseils, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de Thèse. Ses cliniques si vivantes, véritables leçons de choses, seront toujours présentes à notre esprit.

Monsieur le Professeur Simon, professeur de clinique médicale, qui a bien voulu être notre juge, restera toujours pour nous notre « grand maître », car il a su, à notre retour des armées, par son enseignement précis et méthodique, nous soumettre à un entraînement intellectuel progressif avant de nous faire goûter le charme de ses cliniques magistrales.

Monsieur le Professeur agrégé Richon dont les savantes leçons et la grande bonté à l'égard des

« bons vieux » de Saint-Julien resteront toujours gravées dans notre mémoire, a bien voulu accepter de faire partie de notre Jury. Nous le prions d'accepter l'expression de notre vive reconnaissance.

Que Monsieur le Professeur agrégé J. Parisot, qui a su profiter des cliniques des mois de vacances pour nous faire connaître les sujets neufs veuille bien recevoir l'assurance de notre profonde gratitude.

Nous remercions aussi bien vivement Monsieur le Doyen Gross et Monsieur le Professeur Etienne pour tout l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant notre temps d'externat dans leur service et Messieurs les Professeurs Haushalter, Frœlich et Fruhinsholz pour leur dévouement dans leur enseignement si précieux et leurs conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Nous garderons un souvenir reconnaissant des chefs de clinique Caussade et Heully qui, après nous avoir préparé à l'externat ont toujours cherché à nous instruire, et du camarade Hufschmitt qui nous a accordé une collaboration étroite à notre travail.

Que les docteurs Cadet et Lacour qui furent, et de bons camarades d'études, et de sincères et inséparables amis de tous les instants, reçoivent ici le témoignage de notre affectueuse et inaltérable amitié.

Enfin nous adressons une pensée émue à tous nos camarades d'études, et à nos camarades du 1er Régiment d'artillerie, tombés bravement pour la France.

« J'ay fait ici un amas de fleurs étrangières
« N'y ayant mis du mien que le filet à les lier »
MONTAIGNE.

INTRODUCTION

Nous espérions pouvoir rassembler plus d'observations quand nous avons commencé cette étude, mais le hasard des consultations ne nous a pas permis de mettre de nouveaux malades en traitement et d'autre part, pressé par le temps, il nous a fallu terminer là, bien malgré nous, nos recherches.

Aussi après avoir donné quelques notions générales sur l'historique, la définition, l'étiologie, passerons-nous tout de suite au traitement du psoriasis, et ayant rappelé les traitements externe et interne, insisterons-nous surtout sur le traitement par l'huile soufrée. Puis nous publierons les observations recueillies tant à l'Hôpital Hipp. Maringer qu'à l'H. C. 43 à Blandan. Nous en tirerons les indications et les contre-indications avant de conclure.

PREMIÈRE PARTIE

Considérations générales

Bien que les termes ψωρα (dartre, rogne, gale) et ψωριασις (démangeaisons, éruptions galeuses ou dartreuses) se rencontrent dans les ouvrages d'Hippocrate, de Galien et d'Aetius, il est bien douteux que les médecins grecs aient su, de l'ensemble des affections squameuses de la peau auxquelles ils l'appliquaient, isoler la dermatose bien définie à laquelle nous donnons aujourd'hui le nom de « psoriasis ». Quant aux Arabes, ainsi qu'aux auteurs du Moyen-Age et même de la Renaissance, loin d'élucider la question, ils l'embarrassèrent de termes nouveaux.

Du psoriasis, le mot et la chose remontent à Robert Villan (fin du XVIII[e] siécle). Avant lui, en effet, on englobait sous ce terme générique toutes sortes d'affections squameuses et croûteuses, voire même ulcéreuses ; mais il ne sût pas, dans sa classification des affections squameuses et des dermatoses desquamantes, y rattacher le psoriasis circiné qu'il

continua à décrire sous le nom de « lépra Græcorum », comme une affection distincte. C'est seulement beaucoup plus tard, sous l'influence de Bazin, de Hebra, de Hardy que la « lepra Græcorum » rejoignit le psoriasis dans la classification nosographique des dermatoses.

La définition du psoriasis est un peu compliquée. Le terme, en effet, est une expression clinique qui sert à désigner un syndrome aux modalités diverses suivant l'espèce et suivant l'âge de la maladie. Néanmoins les différents éléments qui constituent ce syndrome nous paraissent assez bien condensés dans la formule qu'en donne Audry : (Pratique dermatologique, T. II — 1904).

« Le psoriasis est une maladie du tégument corné, caractérisée : dans son apparence, par une papule sèche et squameuse à dispositions variables ; dans sa marche, par le début dans la jeunesse et une tendance invincible à la récidive ; dans son essence, par l'absence de tout retentissement sur l'état général du porteur ».

Est-il besoin d'ailleurs de s'attarder à la description d'une affection que tous les praticiens connaissent ? C'est assurément une des dermatoses que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer. Audry, à la clinique de Toulouse, enregistra 160 cas de psoriasis pour 6.000 dermatoses, soit une proportion un peu inférieure à 3 pour 100. White, sur 58.617 dermatoses observées en Amérique, note 1.924 psoriasis, soit 3.28 pour 100. L'affection paraît encore plus fréquente au Danemark où Nielssen sur 15.376 affec-

tions de la peau signale 993 psoriasis, proportion supérieure à 6 pour 100.

Ce serait du reste une erreur d'attribuer à ces statistiques hospitalières une valeur absolue. Le pourcentage des cas de psoriasis est certainement beaucoup plus élevé, car il est de nombreux malades atteints de formes légères ou frustes de cette affection qui n'ont jamais recours aux médecins et ils ne consultent pour leur maladie qu'au moment où l'affection est gênante par sa généralisation ou son développement sur les parties découvertes.

Les médecins militaires qui prennent part aux visites d'incorporation et de conseils de révision savent qu'elle est la fréquence de cette dermatose chez les jeunes gens : rare chez les enfants, elle se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme, son maximun d'intensité coïncide avec les périodes les plus actives de la vie de l'individu : adolescence, jeunesse et maturité.

L'étiologie, malgré les nombreuses discussions auxquelles cette question a donné lieu, est encore des plus obscures. Les différentes théories qui ont voulu en expliquer la pathogénie se recommandent toutes d'observations intéressantes. Au cours des âges et même encore pour beaucoup de médecins actuels, le psoriasis a été considéré comme une maladie diathésique. Il a paru tout naturel de rattacher cette affection chronique à la grande entité morbide qui constitue l'arthritisme, avec d'autant plus de raison qu'on retrouvait des antécédents arthritiques héréditaires ou acquis chez beaucoup

de malades. Dans d'autres cas, on a voulu la faire relever d'intoxications alimentaires et il est encore des médecins pour prétendre qu'un psoriasis peut guérir par un régime strictement végétarien. A cause de la symétrie fréquente des lésions, on a parfois attribué cette dermatose à des troubles nerveux. Enfin, il a paru logique à certains auteurs d'attribuer le psoriasis à une infection soit endogène, soit exogène. Disons toutefois que les nombreux examens bactériologiques pratiqués n'ont pas donné de résultats. Cependant M. Bory vient de signaler une observation intéressante : (Bulletin de la Société française de dermato-syphiligraphie 1919, n° 7, page 278). Il s'agit d'un infirmier du service central de dermato-venereologie de la XX[e] Région, et affecté à la salle des psoriasiques. Cet homme ayant été piqué aux membres par des punaises dont le cantonnement était infesté, M. Bory vit les tuméfactions papuleuses résultant de ces piqûres se transformer en éléments typiques de psoriasis une dizaine de jours après les morsures.

Examinant le liquide de râclage des couches profondes d'un élément originel, au bleu polychrome à chaud, M. Bory a constaté des groupes assez rares de petits bâtonnets irréguliers ressemblant à des débris mycéliens d'oospora un peu analogues à ceux qui caractérisent le microsporon-minutissimum. Nous avons cru intéressant de relater cette observation avec les conclusions qu'en tire l'auteur, car c'est dans l'idée de traiter une affection parasitaire que M. Bory appliqua le soufre au traitement du psoria-

sis. M. Darier a demandé récemment à la Société française de Dermatologie que la question de l'étiologie du psoriasis, en même temps que la critique des faits présentés par M. Bory, soit soumise à l'étude d'une commission spéciale.

Il nous est donc impossible, pour le moment, de prendre position dans le débat. La discussion des théories pathogéniques du psoriasis sort, du reste, du cadre de notre travail. Nous avons voulu le limiter à l'étude d'un procédé nouveau de traitement.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement

Comment dès lors s'étonner qu'il n'y ait pas de cure radicale du psoriasis, en dépit des traitements par les topiques les plus divers et les plus énergiques associés à des médications internes variées ? Les praticiens savent que le psoriasis est une affection très rebelle et indéfiniment récidivante. A force de réducteurs énergiques et d'un traitement prolongé, on peut blanchir un psoriasique : la maladie peut présenter des rémissions plus ou moins longues. Elle peut se limiter à quelques manifestations tout à fait discrètes, mais ainsi que le dit Audry « Je ne crois pas qu'aucun dermatologiste sérieux ose affirmer avoir guéri un psoriasique ».

Et en nous exprimant de la sorte, nous ne voudrions point prétendre qu'aucun progrès n'a été accompli dans la question. Nous obtenons de bons résultats par la médication externe : une des caractéristiques du psoriasis est d'être une affection cutanée non irritable : c'est ce qui a permis de lui appli-

quer des topiques énergiques et à doses concentrées : l'huile de cade en bains et en applications locales ; l'acide chrysophanique et la chrysarobine associés à des corps gras, ou mieux en solutions dans le chloroforme, l'éther, ou la traumaticine. D'autres réducteurs, soufre, acide pyrogallique ; des kératolytiques, acide salicylique, résorcine associés aux précédents ou employés seuls, en pommades savonneuses, donnent aussi de bons résultats .

Le nombre des médicaments administrés à l'intérieur est une preuve de l'insuccès de cette sorte de traitements : balsamiques, térébenthine, copahu, baume de Gurjum, huile de foie de morue, antimoine, manganèse, acide phénique, goudron et ses dérivés, phosphore, acide chrysophanique, sulfate de zinc. A cette liste, joignons d'après Besnier, le salicylate de soude, le salicylate de phénol, l'ergotine, la digitale, la strychnine, etc... La moindre chose que l'on puisse dire de ces différents essais thérapeutiques, c'est que leur résultat a été très inconstant.

Les mercuriaux administrés par la bouche ou bien en injections intra-musculaires de calomel auraient donné des succès à Darier. L'auteur évite bien d'ailleurs de généraliser cette méthode. Il met en garde, lui-même, les praticiens qui affirment avoir guéri des psoriasis par le traitement mercuriel contre une confusion possible avec les syphilides psoriasiformes.

Le traitement ioduré a été utilisé par Haslund. Il consistait dans l'administration prolongée de hautes doses d'iodure de potassium (15 à 40 grammes par jour). Au centre de dermatologie de Milan, Mancillon

pratiquait des injections intra-musculaires de solutions iodurées faibles et il enregistrait aussi quelques résultats favorables. Mais à côté de quelques succès, qui peuvent d'ailleurs relever de l'explication précédente, on enregistre de nombreux échecs. Peut-être l'action est-elle plus favorable lorsqu'il y a des arthropathies concomitantes.

Le traitement arsenical conserve encore la faveur de nombreux médecins. Il est classique de prescrire aux psoriasiques des doses progressives de liqueur de Fowler. On part de X gouttes et en augmentant de II gouttes par jour, on peut arriver à XXX ou XL gouttes. Il convient d'interrompre cette médication aux premiers signes d'intolérance (diarrhée, palpitations). Si l'arsenic est bien supporté, on se maintient aux doses maxima pendant 7 à 8 jours, puis on diminue progressivement de II gouttes par jour jusqu'à ce qu'on soit revenu au chiffre de départ. L'arséniate de soude et l'acide arsénieux sont, d'une façon générale, moins faciles à doser et moins bien supportés par l'estomac des malades. L'arsenic a été encore administré par la voie sous cutanée ou par la voie intra-veineuse : le cacodylate de soude donne à peu près les mêmes résultats que la liqueur de Fowler. Il est particulièrement indiqué quand la liqueur de Fowler n'est pas tolérée par le tube digestif. Tout récemment il a été utilisé en injections intra-veineuses. Sabouraud dit grand bien du salicylarsinate de mercure ou énésol, qu'il emploie en injections intra-musculaires de 0 gr. 03 centigrammes tous les 2 jours, par série de 12 piqûres (*Presse Mé-*

dicale n° 6, du 20 janvier 1920). Enfin les derniers venus dans la série des arsenicaux, l'arsenobenzol et le novarsenobenzol surtout, ont été expérimentés dans le traitement du psoriasis avec des résultats variables.

En définitive, les arsenicaux paraissent donner des résultats dans le traitement des formes chroniques de la maladie, mais outre qu'ils sont contre indiqués dans les cas aïgus, ils présentent plusieurs inconvénients : accidents d'arsenicisme dûs aux doses élevées qu'il faut employer, intolérance gastrique. Ils ne préviennent nullement des récidives. Nous avons personnellement l'exemple d'une jeune fille en traiment à l'hôpital Hipp. Maringer, chez laquelle se produisit une nouvelle et forte poussée après une troisième injection de novarsenobenzol.

Nous devons mentionner aussi les essais de médications endocriniennes. L'opothérapie thyroïdienne a été vivement prônée par Biron Braunwell. Les résultats en sont extrêmement irréguliers. En France, Meneau, Thévenin et Audry n'en ont pas retiré de grands avantages. Thibierge, qui en a fait une étude détaillée, juge cette méthode non seulement insuffisante, mais parfois dangereuse. Elle ne serait indiquée qu'en cas de concomitance de signes d'insuffisance thyroïdienne. L'opothérapie ovarienne a été expérimentée chez des femmes présentant des troubles menstruels au même titre que l'opothérapie testiculaire chez les adolescents présentant de l'infantilisme génital. Nous devons ici aussi mentionner quelques résultats favorables.

Etant donné le nombre des insuccès obtenus à la suite de ces différentes médications, certains auteurs ont donné une autre orientation à leurs recherches. Depuis peu d'années, le soufre en particulier, est intervenu dans la thérapeutique interne du psoriasis. Les résultats en ont été très encourageants. Nous nous proposons de les relater à la suite de quelques observations. Il est nécessaire, au préalable, que nous fassions une courte étude des fonctions chimiques et biologiques du soufre.

Le Soufre

Dans la plus haute antiquité, on utilisa le soufre pour le traitement des dermatoses. Pline l'Ancien et Dioscoride préconisaient l'application de cataplasmes de fleurs de soufre dans certaines lésions cutanées. Certaines eaux minérales sulfureuses étaient connues et utilisées dans le même but depuis les temps anciens. Parmi celles-ci, nous citerons Amélie-les-Bains, Barèges, Cauterêts, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Luchon. A l'époque actuelle encore, certaines dermatoses torpides bénéficient du traitement par les eaux sulfurées. Barèges, en particulier, reçoit les eczémas chroniques, et les psoriasis. A Bagnères-de-Bigorre, à Cadéac, à la Preste, on traite spécialement les scrofulides et les tuberculides de la peau, Uriage enfin jouit d'une grande vogue pour la cure des eczémas chroniques, des acnés et de l'impétigo.

Il est curieux de constater que les mêmes stations

sulfureuses, où l'on traite les dermatoses guérissent aussi le rhumatisme chronique et les manifestations chroniques de l'appareil respiratoire. Cette concordance dans les résultats thérapeutiques obtenus par le même médicament sur des manifestations morbides diverses viendrait corroborer l'opinion des médecins qui voient dans les dermatoses chroniques, l'eczéma et le psoriasis en particulier, une manifestation de troubles de la nutrition au même titre que l'asthme et le rhumatisme. Nous constatons le fait, en passant, sans vouloir en tirer de conclusions pathogéniques, concernant le psoriasis, ce qui sortirait du cadre de notre travail.

Le soufre est un médicament journellement employé dans la thérapeutique dermatologique. Ses propriétés sont multiples. Nous savons que c'est un parasiticide très usité dans le traitement de la gâle. Verdenal, des Eaux-Chaudes, a trouvé qu'une culture de microbes pyogènes pousse plus lentement quand on a ajouté de l'eau sulfureuse à la culture que si on l'a additionné de la même quantité d'eau distillée. Il suppose qu'il s'agit d'une action antiseptique douce (H. P. Wéber, Eaux minérales et stations climatériques de l'Europe : Paris-Steinheil 1899, traduit par Doyon et P. Spillmann). A cause de ses propriétés réductrices et anti-microbiennes, il donne d'excellents résultats dans les états séborrheïques ; pityriasis et eczéma séborrheïque du cuir chevelu, seborrhée de la face et acnés diverses, eczématides de toutes formes sont traitées avec avantage par les lotions ou les pommades soufrées. M. Brisson, dans une série

de travaux intéressants accomplis dans le laboratoire du Docteur Brocq, a démontré que la réduction par le soufre dans les téguments aboutissait à la formation d'acide sulfurique. Cette transformation expliquerait une deuxième propriété importante de ce produit, son action microbicide (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie : années 1909 et 1910 : quelques considérations sur l'actions du soufre en dermatologie). Des infections mieux caractérisées de la peau, streptococciques ou staphylococciques ; voire même certaines trichophyties des parties glabres bénéficient également de la même thérapeutique. Le produit appelé ichtyol, employé très fréquemment, en dermatologie est du sulfo-ichtyolate d'ammonium. Plus récemment sont entrées dans la thérapeutique externe des dermatoses, les huiles soufrées. Elles sont obtenues par la coction à haute température d'huiles diverses, d'olive, de sésame, de cèdre avec du soufre colloïdal. Parmi ces produits qui présentent sur les lotions et les pommades l'avantage d'une division extrême du soufre, et partant, d'une absorption plus facile par les téguments, nous citerons le « thigénol Roche », « le denisol Brisson », « le sulforétinol Vigier », « l'huile vulcanisée de Rogé et Cavaillès » « le thioricinol », etc.

Les résultats obtenus avec le soufre, par médication interne, ont été moins concluants. Il est vrai que les indications de cette thérapeutique sont moins précises. Le soufre a été utilisé, il y a bien longtemps, en électuaires, pastilles, sirops, dans les affections chroniques des voies respiratoires, dans les manifes-

tations de l'herpétisme, de la scrofule, de la syphilis, voire même de la blennorrhagie chronique. Plus récemment il eût une grande vogue dans la cure des diverses formes du rhumatisme subaïgu et chronique. Nous reviendrons sur ce point un peu plus tard. En dermatologie, il est d'un emploi beaucoup plus restreint, sous forme de soufre en fleurs, de soufre précipité et de soufre colloïdal ; il est administré encore de nos jours la plupart du temps sous forme de cachets, ou de pilules dans les acnés, la séborrhée, les eczémas séborrhéïques, certaines formes d'eczémas qui alternent avec d'autres manifestations arthritiques et enfin dans le psoriasis. Gougerot indique la formule suivante dans le psoriasis :

Soufre précipité lavé	0 gr. 50
Extrait de ratanhia	0 gr. 15

pour 1 pilule. De 2 à 10 pilules par jour, selon la tolérance intestinale. Il prescrit encore du soufre colloïdal en pilules, des mellites soufrées. Disons immédiatement que les résultats obtenus par cette méthode, dans le traitement de l'affection qui nous intéresse plus particulièrement sont bien inférieurs à ceux obtenus par les injections d'huiles soufrées.

Les premiers essais de cette thérapeutique concernent les manifestations subaïgues et chroniques du rhumatisme. L'idée d'employer, en dermatologie, le soufre en injections, remonte à L. Bory. En 1907, dans deux notes adressées à la société de Biologie, il signale comment il est amené à cette thérapeutique. Il se propose de traiter un certain nombre de dermatoses justiciables du traitement sulfuré externe ou

hydro-minéral par des injections de soufre pur incorporé ou dissous dans un liquide tolérable. Le liquide utilisé comme excipient était la glycérine. Mais le grave inconvénient était la douleur vive et persistante des injections. De plus, le médicament était loin d'être pur et la concentration en soufre était trop faible. Puis les recherches des physiologistes attirèrent l'attention sur le rôle du soufre dans les échanges nutritifs et la fixation tissulaire de l'azote (Bornsteim). Alors Maillard utilise les injections hypodermiques de 3 à 10 centigrammes de soufre colloïdal et Robin l'ingestion à la dose moyenne de 0 gr. 20 centigrammes. (Mémoire de Maillard : introduction du soufre colloïdal dans les échanges sulfurés de l'organisme : journal de physiologie et pathologie générale XII, de 1911).

Un peu plus tard, Lœper et Vahram expérimentent les injections intra-veineuses de collobiase de soufre en prépartions chimiques et titrant 0 gr. 33 pour 1.000. Enfin en 1915, les mêmes auteurs réalisent une combinaison de mercure et de soufre colloïdal qu'ils appellent le sulf-hydrargyre. Ce produit utilisé dans les manifestations rhumatismales aussi bien que dans les arthropathies bâtardes et mal définies, donne les meilleurs résultats : chose curieuse, l'action du mercure, dans la syphilis, paraît plus énergique lorsque ce métal est associé au soufre. (Progrès médical du 20 juillet 1916 : médication sulfo-hydrargyrique par Lœper, Bergeron et Wahram). Carlotti (note du *Progrès Médical* du 5 mars 1916) prétend que le médicament administré de cette façon agit

aussi sur certaines complications oculaires : kératites, iritis, sclérites.

Peu à peu, la méthode de M. Bory se perfectionne et les indications se précisent. Diverses préparations colloïdales en solutions huileuses se partagent la vogue des cliniciens ; mais cette méthode présente de gros inconvénients, car elle donne de grosses réactions fébriles. En outre, la solution étant imparfaite, il s'en suit que l'absorption est irrégulière et incomplète. M. Bory, à la suite de ses recherches en collaboration avec M. A. Jacquot (L. Bory et A. Jacquot : note publiée à la société de Biologie : De l'introduction du soufre dans l'organisme par la voie sous-cutanée : séance du 17 mars 1917), propose le soufre précipité. Sous cette forme, le produit s'incorpore beaucoup mieux aux différentes huiles. L'excipient choisi ne sera pas l'huile de vaseline, l'absorption de cette substance inerte est en effet beaucoup plus lente que celles des huiles organiques. Elle est d'autre part assez mal tolérée par l'organisme (L. Bory : des réactions locales consécutives aux injections intra-musculaires d'huile grise : *Annales des Maladies Vénériennes* 1908). L'huile de sésame, bien absorbée et mieux tolérée, est l'excipient de choix : la formule proposée est la suivante :

soufre précipité pur 0 gr. 20 ctgr.
huile de sésame 100 c. c.

La préparation est dosée à 2 milligrammes par centimètre cube, ce qui permet, en injectant 5 centimètres cubes d'introduire 1 centigramme de soufre

pur dans l'organisme. Par cette médication, M. Bory a obtenu des résultats surprenants par leur constance et leur rapidité, dans le traitement du psoriasis, ce qui lui a permis de dire : « *Le soufre est le médicament spécifique du psoriasis, au même titre que le mercure, l'arsenic et l'iodure de Potassium sont ceux de la syphilis* ». (*Presse Médicale* du 30 octobre 1917). M. Bory ayant d'autre part constaté l'influence heureuse de l'eucalyptol en applications externes dans certaines dermatoses, le psoriasis en particulier, fait entrer ce nouveau produit dans la formule qu'il avait proposée précédemment :

soufre précipité pur	0 gr. 20 ctgr.
eucalyptol	0 gr. 20 ctgr.
huile de sésame	100 c. c.

A la rigueur, l'huile de sésame pourrait être remplacée par l'huile d'olive, mais la dissolution est moins stable et moins parfaite. La technique de la préparation est la suivante : on chauffe lentement au bain de sable, à 250°, l'huile de sésame jusqu'à dissolution complète du souffre, puis on ajoute l'eucalyptol après refroidissement. Le terme de dissolution dont nous nous servons, pour le soufre, est impropre. C'est en réalité d'une combinaison organique du soufre avec l'huile de sésame qu'il s'agit. (M. Huerre, société de thérapeutique, séance du 12 février 1919). Ce phénomène de la combinaison d'un principe actif métalloïdique avec l'excipient huileux, qui le contient, n'est pas fait pour nous surprendre. Il est assez habituel dans cette méthode

thérapeutique : le lipïodol par exemple, l'iodipine, ne sont pas de simples solutions d'iode dans l'huile, mais des combinaisons et il est bien établi que présentée sous cette forme combinée, la médication iodée est d'une absorption et d'une assimilation plus régulières et plus faciles. Le mode d'emploi de cette solution huileuse de soufre est celui de toutes les injections huileuses : piqûre intra-musculaire profonde dans les masses fessières avec les précautions antiseptiques d'usage L'injection doit être poussée lentement. En définitive, la technique est la même que pour l'huile grise, le calomel... etc... Duret ajoute à la formule précédente de Bory, du camphre et du gaïacol. La formule qu'il propose est la suivante :

soufre précipité lavé	1 gr.
gaïacol cristallisé	10 gr.
camphre raffiné	20 gr.
eucalyptol	20 gr.

huile de sésame purifiée et stérilisée q. s. pour 100 cm^3.

Le soufre est dissous à une douce chaleur dans l'huile. La solution encore chaude est versée dans le mélange fait au préalable de camphre et de gaïacol. Puis après refroidissement, on ajoute l'eucalyptol et le complément d'huile pour faire 100 centimètres cubes. S'il y a précipité, le redissoudre au bain marie avant l'emploi. Cette solution contient 1 centigramme de soufre par centimètre cube. Sa concentration est un peu faible. — Plus récemment M. Bory a modifié sa formule initiale en y adjoi-

gnant, comme Duret, du gaïacol et du camphre. Voici sa dernière formule :

soufre précipité pur	1 gr.
gaïacol	5 gr.
camphre	10 gr.
eucalyptol	20 gr.

huile de sésame stérilisée q. s. pour 100 cm^3.

Nous avons utilisé la formule Brisson, toute préparée en ampoules et contenant 3 centigrammes de soufre par centimètre cube. Des recherches sur les huiles médicinales sont encore actuellement poursuivies à l'hôpital maritime de Brest par M. le pharmacien principal Saint-Sernin. Elles apporteront sans doute d'autres lumières sur cette intéressante question.

Le mode d'emploi et la posologie varient un peu suivant les auteurs et nous devons d'abord citer le promoteur de la méthode. M. L. Bory, après de nombreux essais, s'est arrêté à la technique suivante : il pratique à chaque malade 4 à 5 injections massives de 8 à 10 cm^3 de la solution à 1 pour 100, les injections étant pratiquées à huit jours d'intervalle. En général, le blanchiement est obtenu par cette série d'injections. Alors une piqûre de 8 à 10 cm^3 tous les mois ou tous les deux mois est conseillée pour éviter les récidives (L. Bory, *Progrès Médical*, n° 37 du 1er septembre 1918). En outre, il associe à cette méthode des badigeonnages au goudron de houille pur, ou associé, ou encore l'application de vaseline contenant 10 pour 100 de soufre.

Bazy (*Progrès Médical*, n° 14, du 7 avril 1917), propose la formule suivante :

soufre précipité	20 ctgr.
eucalyptol	20 ctgr.
huile de sésame	80 c. c.

Il y a 2 milligrammes de soufre par centimètre cube. Des injections de 5 cm^3 sont pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle. Gougerot utilise la formule de Duret. Il injecte dans les muscles fessiers 1 cm^3 tous les trois à cinq jours si la réaction fébrile est légère, tous les sept jours, si la réaction fébrile est vive. On fait ainsi 10 à 15 injections. P. Brisson propose une injection, tous les quatre jours, d'un centimètre cube d'huile soufrée dosée à 3 centigrammes.

On n'a jamais signalé aucun incident au cours des injections. La piqûre est suivie d'un endolorissement de la fesse, qui va s'accentuant dans la nuit suivante jusqu'au lendemain matin. Quelquefois des femmes ou des sujets nerveux se plaignent de tiraillements douloureux dans tout le membre inférieur. Cette réaction locale peut causer une certaine gêne de la démarche. Elle est rarement assez forte pour nécessiter le repos absolu ou l'application de compresses émollientes ou de brique chaude *loco dolenti*. M. Brisson a proposé, comme excipient, pour obvier à cette réaction douloureuse, l'huile de foie de morue qui est mieux tolérée par l'organisme. Par ce procédé, il est exact que la réaction douloureuse est beaucoup moins vive.

Assez souvent il se produit aussi une légère réaction thermique le soir de l'injection, surtout lorsque les piqûres sont rapprochées et la dose du médicament élevée. Cette réaction est rarement marquée chez des sujets par ailleurs bien portants. Elle n'a jamais été, à notre connaissance, la cause d'une contre-indication absolue à cette sorte de traitement. Il n'est pas très rare que ce traitement détermine aussi un peu d'amaigrissement.

Pour M. L. Bory, l'addition de gaïacol et de camphre diminue l'intensité des réactions fébriles et et de la douleur locale. Il insiste sur la nécessité du traitement d'attaque (soit 8 à 10 ctgr. de soufre par injection) qui doit être complété par l'adjonction d'un traitement d'entretien, comme pour la syphilis. A son avis, les réactions ne sont pas plus fortes avec ces doses massives. Pourtant il constate assez souvent le soir qui suit la piqûre une poussée fébrile qui atteint et quelquefois dépasse 39°. Il signale enfin un autre fait intéressant : c'est l'influence congestive du soufre sur les organes du petit bassin. Des malades amenorrheïques ont vu le flux menstruel normal réapparaître sous l'influence de ce traitement. (*Presse Médicale*, n° 47, 22 août 1918). Nous relevons ici cette propriété emménagogue du soufre, car nous avons une observation personnelle qui confirme l'opinion de L. Bory (observation III).

Les effets sur l'affection qui nous occupe sont parfois et souvent surprenants. Bazy (*Progrès Médical*, n° 14, 7 avril 1917) relate que dans deux cas, et sans l'adjonction d'aucun traitement local, les squames

tombèrent les quatrième ou cinquième jours qui suivirent la première injection de cinq centimètres cubes, soit avec sa formule, un centigramme de soufre pur. L. Bory (*Presse Médicale*, du 7 juin 1917), signale quelques cures extraordinaires de psoriasis anciens. Chez un homme atteint de psoriasis généralisé depuis de nombreuses années et actuellement couvert de larges placards confluents sur tout le corps et dans les cheveux, il vit les lésions se décaper de leurs squames épaisses, dès le 3me jour après la première injection, puis les plaques érythémateuses elles-mêmes devenir moins rouges, enfin s'assouplir progressivement et s'effacer au grand étonnement du malade lui-même. Aucun traitement local n'avait été institué. Quatre autres malades ont été soumis au même traitement : l'un avait une poussée grave de psoriasis généralisé. Tout a disparu après la 4me injection, vers le 12e jour. Un autre cas fut plus rebelle et après la 8me injection, il ne persiste, de l'éruption, qu'une légère teinte rosée à peine différente de la peau normale. Le Professeur Pautrier, de Strasbourg, obtient des résultats aussi satisfaisants. M. Gougerot est lui aussi partisan de la méthode, mais il fait cependant quelques réserves. Pour lui, le soufre est le médicament le plus efficace dans le traitement interne du psoriasis, mais son action n'est pas constante. Il croit donc utile de l'introduire par toutes les voies : onctions cutanées, ingestion, injections intra-veineuses, et surtout injections intra-fessières d'huile soufrée. De plus, d'une façon générale, il associe l'arsenic au soufre.

Par cette méthode, il a obtenu des guérisons rapides dans des cas de psoriasis graves. Il a vu ainsi guérir deux cas de psoriasis très graves, qui se confondaient avec la dermatite exfoliatrice.

Des recherches dans le même sens furent accomplies pendant la guerre, à l'hôpital Hipp. Maringer dans la clinique de M. le Professeur L. Spillmann, devenue le centre de dermato-syphiligraphie de la 20me Région. Ces travaux furent entrepris sous la direction du Professeur L. Spillmann lui-même, alors médecin consultant de la VIIIe armée, par le Médecin Major Pignot et le Médecin Aide-Major Watrin, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Nancy.

A notre grand regret, nous n'avons pu retrouver les observations des malades traités pendant la guerre. Par des communications orales, nous savons cependant que les résultats obtenus furent bons. Avant de tirer des conclusions de l'ensemble de ces faits, nous allons publier quelques observations récentes qui sont personnelles à la clinique de M. le Professeur L. Spillmann.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

N..., *Marie*. — 42 ans, originaire de Château-Salins. Marchande ambulante.

A. H. — Mère décédée à 57 ans de bronchite chronique. Père mort subitement à l'âge de 74 ans.

A. P. — Bronchites fréquentes. Mariée depuis 1901 : son mari est bien portant. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Maladie actuelle. — En 1908, crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui a duré sept à huit mois. A la suite de cette crise, persistance du gonflement de certaines articulations avec déformations progressives des mains. Ces déformations se sont accentuées dans ces derniers temps, en même temps que les mouvements des extrémités étaient de plus en plus gênés. Quelques mois après le début du rhumatisme, apparition de placards de psoriasis dans le cuir chevelu et sur le thorax. A suivi des traitements très variés pour le psoriasis et le rhumatisme : bains, onctions avec des pommades, dépuratifs, etc., sans amélioration.

Etat actuel. — Le 25 juin 1919, placards de psoriasis, rouges et squameux, infiltrés, de la dimension moyenne d'une petite paume de main, sur la partie postérieure du thorax, entre les omoplates ; psoriasis furfuracé du cuir chevelu ; psoriasis des doigts et de certains ongles.

Rhumatisme chronique déformant des mains et des poignets : à droite, doigts boudinés, les phalangettes du médius et de l'annulaire sont ankylosées en hyperextension, les phalangines des mêmes doigts en flexion, gonflement au niveau du poignet, main déjetée sur le bord cubital ; impotence fonctionnelle partielle pour la flexion, l'abduction et l'adduction de la main et des doigts. Seule, l'extension fonctionne à peu près bien. A gauche, la main est déjetée sur le rebord cubital, gonflement léger du poignet à travers lequel on perçoit une articulation noueuse. Les articulations des doigts sont aussi un peu noueuses et œdématiées. Les troubles fonctionnels sont moins accusés qu'à droite. Les troubles de la sensibilité sont peu marqués. Il existe une légère douleur à la pression de certaines articulations de la main droite. La sensibilité thermique est normale. Ce rhumatisme chronique est sujet à des poussées fluxionnaires subaiguës, sous l'influence d'une mauvaise hygiène suivie par la malade : elle lave des lessives.

Examen de la malade : obésité. Le corps thyroïde paraît normal et nous ne notons pas de signes d'insuffisance thyroïdienne.

Appareils respiratoire et circulatoire : normaux.

Appareil urinaire : urines peu abondantes, 750 cent. cubes par 24 heures ; densité 1011 ; réaction acide.

Elimination par 24 heures.		Normalement.
Urée	7 gr. 35 au lieu de	25 gr.
Acide urique	0 gr. 37 —	0 gr. 50
Azote total exprimé en urée	10 gr. 06 —	35 gr.
Chlore des chlorures	1 gr. 68 —	6 gr. 50
Acide phosphorique total	0 gr. 67 —	3 gr.
Rapport azoturique	0 gr. 73 —	0 gr. 90
Glucose	0	0
Albumine	0	0

En résumé, urines pauvres en tous éléments. Rapport azoturique diminué. Pas d'éléments anormaux.

Système nerveux : normal.

Séro-diagnostic de Bordet-Wassermann du 1er juillet 1919, négatif.

Pour conclure, apparition de placards psoriasiques quelques mois après l'installation d'un rhumatisme chronique défor-

mant chez une femme présentant des troubles évidents de la nutrition.

Traitement. — Le 1er juillet 1919, iodure de sodium, 0 gr. 50 par jour ; applications sur le cuir chevelu de pommades à l'huile de cade, acide pyrogallique, acide salicylique. Sur les placards psoriasiques du dos et de la nuque, on conseille des applications tous les deux jours de traumaticine (45 grammes(et acide chrysophanique (5 grammes).

15 juillet 1919. — Etat du rhumatisme : stationnaire. La traumaticine chrysophanique a déterminé un violent érythème sur la peau qui avoisine les placards. Ceux-ci sont moins squameux, mais toujours aussi infiltrés. On commence le traitement par l'huile soufrée, en injectant dans les muscles fessiers une ampoule d'huile soufrée Brisson. Cette piqûre détermine une réaction locale assez douloureuse et une poussée fébrile la nuit qui suit l'injection. Cette poussée n'a pu être appréciée au thermomètre, la malade n'étant pas hospitalisée. Elle cessa du reste en même temps que la douleur, le lendemain matin.

22 juillet 1919. — Amélioration légère du psoriasis. Huile soufrée Brisson, une ampoule, et pommade à l'huile de cade légère sur les lésions de la peau. Cette deuxième piqûre est mieux supportée que la première : la douleur est moindre et il n'y a pas d'accès fébrile.

30 juillet 1919. — Même état. Huile soufrée, une ampoule (3e).

14 août 1919. — Les placards psoriasiques se sont affaissés. Leur coloration, de rouge, est devenue rosée. La striation du tégument à leur niveau est plus fine. Il n'y a plus de squames, sauf sur le cuir chevelu. Huile soufrée, une ampoule (4e).

25 août 1919. — L'amélioration du psoriasis se poursuit. La malade accuse également une légère amélioration dans l'état de son rhumatisme. Malgré la persistance de l'œdème, les mouvements des articulations sont plus souples et ne sont plus douloureux : huile soufrée, une ampoule (5e).

5 septembre 1919. — Huile soufrée, une ampoule (6e).

15 septembre. — Huile soufrée, une ampoule (7e).

25 septembre. — Huile soufrée, une ampoule (8e).

4 octobre. — Huile soufrée, une ampoule (9e).

12 octobre. — Huile soufrée, une ampoule (10e).

A cette époque, on constate que les lésions psoriasiques ont presque disparu ; on ne remarque plus à leur niveau qu'une teinte rosée de la peau avec une très fine striation. Nous revoyons la malade à la fin d'octobre. L'état des téguments est presque redevenu normal. Seul, le rhumatisme persiste avec une légère amélioration. Nous lui pratiquons encore une injection d'huile soufrée (11e) et nous lui conseillons de revenir si l'amélioration ne persistait pas ou s'il y avait récidive. Depuis trois mois, la malade n'a pas reparu au service.

OBSERVATION II

Hélène T... — 29 ans, ménagère, originaire de Nancy.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Apparition du psoriasis et de sa puberté à l'âge de 15 ans. Depuis cette époque, poussées subintrantes de psoriasis. Mariée à 21 ans. Trois enfants bien portants ; un enfant mort à 13 mois de rougeole, et un fœtus macéré.

5 septembre 1919. — Placards psoriasiques confluents à squames épaisses sur le thorax et l'abdomen. Placards très larges sur les fesses et sur les surfaces d'extension des membres ; quelques médaillons sur le front et sur le cuir chevelu.

Examen de la malade. — Bon état général.

Appareils respiratoire et circulatoire : normaux.

Appareil urinaire : émission et apparence des urines sont normales : ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Bains savonneux quotidiens suivis d'applications de glycérolé cadique de Vidal :

Huile de cade.....	15 grammes.
Extrait fluide de bois de Panama.	q. s. pour émulsionner.
Glycérolé d'amidon.....	70 grammes.
Acide salicylique.....	1 gramme.

15 septembre 1919. — Amélioration nulle. On augmente la teneur du glycérolé en huile de cade :

Huile de cade.....	60 grammes.
Glycérolé d'amidon.....	40 —
Acide salicylique.....	3 —

25 septembre 1919. — Malgré les applications régulières du glycérolé cadique fort, il n'y a qu'une légère amélioration. Les placards restent très étendus et fortement squameux. On aborde le traitement à l'huile soufrée (il s'agit toujours de l'huile soufrée Brisson). Huile soufrée, une ampoule (1re).

1er octobre 1919. — Huile soufrée, une ampoule (2e).

7 octobre 1919. — Amélioration très manifeste qui a suivi la deuxième piqûre, les placards s'effacent et la formation de squames est entravée. Nous pratiquons une troisième piqûre et nous conseillons à la malade de revenir au bout de 8 jours. Elle estime sans doute que l'amélioration est suffisante, car elle ne se présente plus à la consultation.

OBSERVATION III

Alice C... — 16 ans ; ouvrière en chaussures ; originaire de Nancy.

A. H. — Rien à signaler : jamais de dermatoses dans la famille.

A. P. — Psoriasis qui débute à l'âge de 5 ans : attribué alors à un traumatisme. Le psoriasis est généralisé dès le début. Pas de troubles de la santé générale. A été traitée alors à Maxéville pendant deux mois. Est sortie blanchie, puis récidive immédiate. Depuis cette époque, a été soumise à des traitements et à des régimes divers ; le psoriasis régressait partiellement, mais n'a jamais rétrocédé complètement. Incessamment, il se produit de nouvelles poussées. Réglée à 15 ans, c'est-à-dire depuis six mois. Menstruations irrégulières et aggravation du psoriasis depuis la puberté. Après chaque menstruation, on constate une forte poussée de placards nets de médaillons.

Etat actuel. — 26 juin 1919 : elle entre à l'hôpital Maringer, en pleine poussée psoriasique. Les traitements locaux, constitués par des réducteurs énergiques, acide chrysophanique, chrysarobine, déterminent des améliorations temporaires des lésions, mais aucun traitement général (liqueur de Fowler novarsenobenzol, ovarine dans les périodes prémenstruelles) n'enraye les poussées.

Appareils respiratoire, circulatoire, urinaire : normaux. On institue le traitement à l'huile soufrée.

6 décembre 1919. — Huile soufrée, une ampoule (1re).
13 — — — (2e).
20 — — — (3e).

Le lendemain de la troisième piqûre, amélioration brusque des lésions psoriasiques. Le prurit, qui était intense, a presque disparu. Les placards ont desquamé et sont à peine infiltrés. Notons que depuis quinze jours, on a cessé tout traitement local.

26 décembre 1919. — Huile soufrée, une ampoule (4e).

1er janvier 1920. — Menstruation abondante, précédée par des douleurs abdominales. A la suite de la menstruation, disparition presque complète des éléments psoriasiques.

7 janvier 1920. — Huile soufrée, une ampoule (5e). La menstruation est terminée.

8 janvier 1920. — La malade constate une petite poussée de papules psoriasiformes sur le cou. Cette poussée diffère des précédentes en ce que les éléments sont beaucoup moins nombreux et moins caractéristiques. Elle est attribuable, croyons-nous, à l'intervalle assez long qui sépare la 4e de la 5e piqûre.

12 janvier 1920. — Huile soufrée, une ampoule (6e). Dès le lendemain, les placards ont desquamé. Le signe d'Auspitz n'existe plus.

20 janvier. — Huile soufrée, deux ampoules (7e). Les lésions psoriasiques du cou et de la nuque ont disparu. Il ne persiste que quelques petits éléments sur les bras et les avant-bras. Aucune réaction générale ni locale. Cependant l'injection de deux ampoules est notablement plus douloureuse.

26 janvier 1920. — Huile soufrée, deux ampoules (8e). La piqûre est mieux tolérée que la précédente.

1er février 1920. — Huile soufrée, deux ampoules (9e).

4 février 1920. — Les règles ont réapparu, très abondantes.

9 février 1920. — Les règles sont terminées.

12 février 1920. — Il ne s'est pas reproduit de nouvelle poussée de psoriasis.

OBSERVATION IV

C. Louis. — Cultivateur, 20 ans, soldat au 23e bataillon de chasseurs à pied, originaire de la Corrèze.

A. H. — Père rhumatisant. Mère toujours bien portante. Un frère mort en bas-âge d'une affection indéterminée. Jamais de dermatoses dans la famille.

A. P. — Grippe et congestion pulmonaire en 1918. Au début de 1919, placards de psoriasis disséminés sur tout le corps, plus marqués aux lieux d'élection : faces d'extension des coudes et des genoux, sacrum. A été traité depuis cette époque, soit à l'infirmerie régimentaire, soit dans des centres spéciaux, par des applications de topiques. Il n'y a chaque fois que de faibles améliorations. Entre à l'H. C. 43, à Blandan, en septembre 1919. Devant l'insuccès des traitement locaux, on recourt tout de suite à l'huile soufrée. Au début d'octobre, on pratique deux injections d'huile soufrée. Le malade, nerveux et pusillanime se refuse à continuer ce traitement. En décembre 1919, devant l'échec des traitements locaux, on luii propose de revenir à l'huile soufrée. Il accepte et on lu pratique trois piqûres. Ce nouveau traitement améliore nettement son cas. Et comme son unité doit partir pour la Silésie, le malade demande à rejoindre son corps.

OBSERVATION V

L. André. — 22 ans, classe 1918, soldat au 23e bataillon de chasseurs à pied.

A. H. — Père très bien portant. Mère morte de méningite cérébro-spinale à 42 ans. Un frère bien portant ; un autre mort de méningite à deux mois ; deux autres morts de la diphtérie. Jamais de dermatoses dans la famille.

A. P. — Toujours bien portant. Début du psoriasis sans aucun prodrôme, ni troubles organiques concomitants, il y a six mois par la face, et ensuite généralisation rapide à tout le corps.

Evacué le 24 décembre 1919, sur l'H. C. 43 à Blandan. A l'examen, placards rouges, confluents, de psoriasis séborrhéïques sur le front, les joues et le cuir chevelu. Psoriasis nummulaire dont les éléments ont la dimension moyenne d'une pièce de 2 francs, disséminés sur tout le corps. Le signe de la rosée sanglante est positif.

Traitement. — Applications locales de traumaticine chrysophanique sur les médaillons disséminés sur le corps. Pommade à l'huile de cade, acide salicylique sur la face et le cuir chevelu.

Bon état général, appareils circulatoire, respiratoire, urinaire normaux.

26 décembre 1919, huile soufrée, une ampoule (1re), réaction locale peu marquée ; pas de réaction générale.

4 janvier 1920, huile soufrée une ampoule (2e), pas de réaction locale ni générale.

14 janvier 1920, huile soufrée une ampoule (3e).

20 janvier 1920, huile soufrée deux ampoules (4e). A la suite de cette quatrième injection, phénomènes généraux constitués par un état subfébrile, de courte durée, de la céphalée et de l'anoréxie. Quatre jours après cette piqûre, 24 janvier, les lésions de psoriasis ont complètement disparu sur le tronc et les membres. Il ne persiste plus que quelques lésions érythémato-squameuses sur la face et derrière les oreilles.

27 janvier 1920, huile soufrée deux ampoules (5e), la piqûre est très bien tolérée.

3 février 1920, huile soufrée deux ampoules (6e).

9 février 1920, huile soufrée deux ampoules (7e). Il ne persiste plus que quelques lésions érythémato-squameuses à la lisière du cuir chevelu.

OBSERVATION VI

B. Charles. — 33 ans, employé à la Compagnie de l'Est, à Nancy.

A. H. — Néant. Aucune dermatose dans la famille.

A. P. — Rien à signaler. Trois enfants bien portants.

Maladie actuelle. — Début en septembre 1919, par une plaque rouge recouvertes de squasmes sur le cou-de-pied gauche. Traitée par l'application d'un vernis, cette plaque a rétrocédé au bout d'une dizaine de jours. Une lésion analogue se manifeste quinze jours après, sur les cuisses, puis s'étend rapidement, gagne l'abdomen, le tronc, les membres supérieurs ; en huit jours, l'affection est généralisée.

Le 20 novembre 1919, le malade se présente pour la première fois à la consultation de l'hôpital Maringer. On constate un psoriasis erythrodermique quasi-généralisé, à placards légèrement squameux, surtout confluents sur l'abdomen et le thorax. Le cuir chevelu présente ausssi des lésions de psoriasis. Les signes de la tache de bougie et de la rosée sanglante sont positifs. Applications de pommade chrysophanique faible.

3 décembre 1919, le psoriasis a évolué dans le sens érythrodermique. Les placards sont rouge vif, à squames lamelleuses un peu douloureuses et prurigineuses.

4 décembre 1919, le malade est hospitalisé. Constante d'Ambard : insuffisance uréo-sécrétoire manifeste. Examen du sang au triacide : très faible polynucléose, deux ou trois leucocytes par champ microscopique, dont un acidophile. Globules rouges normaux. Le malade est mis au régime lacté absolu et au repos couché. Après trois jours de ce régime, les placards palissent et sont moins prurigineux.

Interrogé sur son genre de vie, le malade nous apprend que depuis six mois, il faisait une grande consommation de viande de porc et de charcuterie. Pas d'éthylisme.

Il s'agit en somme d'un psoriasis ayant dégénéré en érythrodermie exfoliante généralisée.

Comme seul topique, on emploie d'abord le glycérolé d'amidon simple (une tentative d'application de glycérolé salicylique ayant provoqué une congestion rapide des lésions cutanées).

Les lésions se sont améliorées les premiers jours sous l'influence du seul régime, puis restent stationnaires.

25 décembre 1919, on tente des applications de pommade cadique faible. Puis les jours suivants, on alterne avec du liniment oléo-calcaire. Le malade est mis au régime lacto-végétarien.

Résultats. — Légère amélioration tout d'abord, puis l'état redevient stationnaire.

12 janvier 1920, on débute par une demie-ampoule d'huile soufrée Brisson. Légère réaction générale caractérisée par de la courbature. T., 37° 9.

17 janvier 1920, huile soufrée une ampoule. Aucune réaction générale.

21 janvier 1920, huile soufrée une ampoule. A la suite de ce traitement, il se produit une amélioration dans l'état général du malade. Les placards perdent leur coloration rouge, prennent une teinte jaunâtre, s'affaissent et sont moins infiltrés à la palpation.

25 janvier 1920, huile soufrée une ampoule. L'amélioration est manifeste ; sur le thorax l'érythème disparaît. A travers les lésions, roses jaunâtres, on voit transparaître des îlots de peau saine.

31 janvier 1920, huile soufrée une ampoule.

5 février 1920, huile soufrée une ampoule. Les piqûres, qui au début provoquaient quelques phénomènes généraux et locaux, sont actuellement très bien supportées à tous égards. Il ne persistent plus, comme lésion, qu'une rougeur persistante et désquamative des extrémités (mains et pieds). Sur le reste du corps, les téguments sont redevenus à peu près normaux.

11 février 1920, huile soufrée une ampoule. Va quitter l'hôpital dans quelques jours.

OBSERVATION VII

Joseph L. — 39e régiment d'artillerie, 21 ans.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Jamais de dermatose antérieure.

Début du psoriasis, il y a huit mois, par de petites lésions symétriques des coudes et des genoux. Traité pendant quelque temps à son corps pour de l'eczéma, il a vu les lésions se généraliser assez rapidement aux quatre membres. A été hospitalisé à Saint-Nicolas-de-Port pendant les mois de novembre et décembre 1919. A été soigné, sans succès, par des applications chrysophaniques et cadiques.

Entre le 10 janvier 1920 à l'H. C. 43. A ce moment, on constate des placards érythrodermiques symétriques occupant les avant-bras et les mains, et la totalité des membres inférieurs. Les placards ont une coloration rouge violacée. Ils sont saillants et infiltrés. Sur les mains, ils affectent un aspect papuleux. En présence des échecs obtenus avec les réducteurs habituellement utilisés dans le traitement du psoriasis; on recourt à l'huile soufrée et on se borne à l'application locale de goudron pur.

10 janvier, huile soufrée, une ampoule.
17 — — —
24 — — —
31 — — —

Les injections ont été bien supportées.

A la suite de la quatrième injection, les placards s'affaissent brusquement. Sur les avant-bras et les cuisses, leur coloration diffère très peu de celle de la peau normale. On constate encore un peu de striation des téguments et une légère désquamation. Les progrès s'accentuent dans les jours qui suivent. Seules, les lésions des mains et des pieds sont plus rebelles. L'épiderme a repris sa consistance normale. Les signes de la tache de bougie et de la rosée sanglante ont disparu.

7 février 1920, huile soufrée, une ampoule.

12 février 1920, huile soufrée, deux ampoules. Les lésions ont complètement disparu sur les membres. Il ne reste plus que quelques placards un peu squameux sur les mains et les pieds. Le malade doit quitter l'hôpital incessamment.

Indications et Contre-indications

Avant de résumer notre travail, il est nécessaire que nous traitions des indications et des contre-indications de l'huile soufrée. En principe, le médicament est indiqué dans tous les cas de psoriasis. Il y réussit surtout bien dans les psoriasis anciens, géné-

ralisés, à grands placards et à squames épaisses. Nous avons relaté aussi les bons résultats obtenus sur un rhumatisme qui compliquait un psoriasis. Enfin, une autre observation rapporte l'effet emménagogue du soufre. Peut être le soufre donnerait-il aussi de bons résultats dans le traitement de certaines dermatoses voisines du psoriasis, eczématides psoriasiformes, parakératoses psoriasiformes de Brocq... etc... A notre connaissance, l'essai n'en a pas encore été tenté.

Les contre-indications tiennent à l'âge et à l'état de santé du malade. A cause des réactions générales, il serait dangereux d'employer la méthode chez les enfants avant la puberté, et chez les vieillards ; chez le jeune homme (obs. V) l'huile soufrée a été particulièrement bien supportée. Il n'y a pas de contre-indications dûes au sexe ou au tempérament du malade. Les femmes et les nerveux que nous avons pu soigner se sont accommodés de la médication. Il y a pourtant des contre-indications : rappelons que le soufre est un congestif. Il est en particulier contre-indiqué dans les cas de tuberculoses évolutives, surtout dans les formes hémoptoïques. A cause de sa propriété emménagogue, il y a lieu de suspendre le traitement pendant la grossesse.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que le psoriasis était une affection fréquente, incurable à cause de ses incessantes récidives. Les nombreux essais de médication interne ont donné beaucoup trop de mécomptes. Immanquablement le praticien les abandonne après quelques épreuves et il en revient, en définitive, à la médication externe, qui est longue, sale, malodorante et quelquefois caustique.

Pour remédier à ces inconvénients, M. L. Bory a imaginé le traitement par l'huile soufrée, que nous avons expérimenté. Nous avons utilisé la préparation Brisson :

Soufre pur	0 gr. 03 cent.
Huile de foie morue	1 centimètre cube

Présentée en ampoules toutes préparées, cette préparation est d'un emploi facile. Brisson recommande une injection d'huile soufrée de 0 gr. 03 cent. tous les 4 jours. A cause des réactions locales, nous avons débuté par des injections hebdomadaires, et les résultats obtenus ont été les suivants : dès la 3e piqûre (observations I, II, IV, V) affaissement de la plupart des placards psoriasiques, qui sont moins

squameux ; disparition du prurit. A la 6e ou 7e piqûre, observations III et V, les éléments, complètement affaissés, perdent leur coloration rouge, rose vif, deviennent jaunâtres, en même temps que disparaît leur aspect lichenoïde. Dans les 2 cas, observations III et VI, l'affection paraissait plus rebelle à la médication. Nous avons diminué l'intervalle entre les piqûres. Enfin, dans les observations III et V, pour obtenir des résultats plus rapides, nous avons forcé les doses habituelles, en injectant six centigrammes de soufre au lieu de trois. Cette méthode est assez douloureuse et détermine quelques troubles de la santé générale : céphalée, anorexie, courbature (obs. V). Elle nous a permis toutefois de blanchir presque complètement un malade dans l'espace d'un mois (obs. V).

Nous pouvons donc conclure que, d'une façon générale, les résultats ont été bons et plus rapides qu'avec les autres méthodes. Nous avons aussi enregistré des succès incomplets. D'autres en ont signalé avant nous. Il ne s'agit donc pas d'un médicament spécifique, absolument infaillible. Mais nous resterons d'accord avec la plupart des médecins qui ont usé de cette thérapeutique, en disant que parmi toute la série des médicaments qui ont été éprouvés, dans le traitement du psoriasis, celui qui agit le mieux et le plus sûrement est le soufre.

Pour porter un jugement plus complet il y aura lieu surtout d'attendre l'épreuve du temps. Il sera particulièrement intéressant de voir si les psoriasiques traités par la méthode des injections d'huile

soufrée feront, ou non, des récidives. Il est possible qu'il soit nécessaire, pous les éviter, de faire de temps en temps une ou deux injections soufrées préventives.

Vu :

Nancy, le 13 février 1920.

Le Président de la Thèse,
L. SPILLMANN.

Vu :

Nancy, le 13 février 1920.

Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 février 1920.

Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — Article Psoriasis. Pratique dermatologique. (Besnier, Brocq.).

Ayrignac. — *Journal de Physiologie et Pathologie générales*, 1905.

Ayrignac et Desprez. — *Annales de Dermatologie*, 1906.

Batigne (P.). — Psoriasis et tuberculose. (*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, mai 1918.)

Bazy. — Article du 7 avril 1917. (*Progrès Médical*, n° 14.)

Bernay et Pierry. — Pathogénie du psoriasis. (*Presse Médicale*, 1906.)

Berthomieu-Lamer. — Injections intraveineuses de soufre. (*Thèse de Paris*, 1915.)

Besnier. — *Traité de Thérapeutique Robin*, fasc. I, article Psoriasis.

Bichon. — Soufre colloïdal dans les affections rhumatismales de l'œil. (*Progrès Médical*, n° 33, 18 août 1917.)

Bory. — Nouveau mode de traitement du psoriasis par une solution vraie, injectable de soufre pur. (*Presse Médicale*, n° 32, 7 juin 1917, et *Société médicale des Hôpitaux*, mars 1918.)

— Traitement du psoriasis par les injections de soufre pur. (*Progrès Médical*, n° 46, 30 octobre 1917.)

— Applications générales de l'huile soufrée, en particulier au traitement des arthropathies. (*Progrès Médical*, n° 14, 6 avril 1918.)

— Quelques précisions sur le traitement du psoriasis par le soufre dissous. (*Presse Médicale*, n° 47, 22 août 1918.)

— Traitement du psoriasis par l'huile soufrée. (*Progrès Médical*, n° 37, 1er septembre 1918.)

— Notions sur l'étiologie parasitaire du psoriasis. (*Bulletin de la Société française de dermato-syphiligraphie*, 1919, n° 7, p. 278.)

Bouchard. — *Traité de Pathologie générale*, t. III, édition 1900.

Bourgès (H.). — Soufre colloïdal par injections intraveineuses. (*Bulletin général de Thérapeutique*, janvier 1918.)

Brisson. — Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. (*Annales de Dermatologie*, 1909.)

— Quelques considérations sur l'action du soufre en solutions huileuses. (*Annales de Dermatologie*, 1910.)

Brocq et Ayrignac. — L'urine des psoriasiques. (*Annales de Dermatologie*, 1906.)

Cavadias. — Contribution à l'étude thérapeutique du soufre colloïdal. (*Progrès Médical*, n° 42, 1917.)

Darier. — *Traité de Dermatologie*, 1909.

François-Dainville. — *Thèse de Paris*, 1905.

Gaucher. — *Maladies de la peau* (Brouardel et Gilbert), 1912.

Gougerot. — *Dermatologie en clientèle*, 1919.

Hallopeau. — *Traité de Dermatologie*, 1900.

Hardy. — *Leçons sur les maladies dartreuses*, 1868.

Hébra. — *Traité des maladies de la peau*, trad. Doyen, 1867.

Laumonnier. — *Etat actuel de la colloïdothérapie*, 1920.

Leredde. — *Revue pratique des maladies cutanées*, 1905.

Lœper, Bergeron et Vahram. — Médication sulfo-hydrargyrique. (*Progrès Médical*, n° 14, 20 juillet 1916.)

— Communication à la Société des Hôpitaux (juillet 1915) sur les injections intra-veineuses de soufre.

Maillard. — Introduction du soufre colloïdal dans les échanges sulfurés de l'organisme. (*Journal de physiol. et pathol. gén.*, XII, 1911, p. 809.)

Mercklen. — Soufre colloïdal par voie intra-veineuse. (*Bull. gén. de Thérapeutique*, avril 1918.)

Robin et Maillard. — Soufre à l'état colloïdal, utilisé par voie buccale. (Académie de médecine, novembre 1913.)

Thibierge. — *Traité de médecine et de thérapeutique* (Brouardel et Gilbert).

Tommassoli. — *Annales de Dermatologie*, 1887.

Unna. — Congrès de Copenhague : compte-rendu. (*Annales de Dermatologie*, 1882.)

Sabouraud. — Sur l'origine tuberculeuse du psoriasis. (*Presse médicale*, 8 janvier 1917.)

Weber (H.-P.), traduit par Doyon et P. Spillmann. — *Eaux minérales et stations climatériques de l'Europe*. Paris, Steinheil, 1899.

Zelenew. — Etat du sang dans le psoriasis. (*Annales de Dermatologie*, 1893.)

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 5
Introduction 7
Première Partie.
Notions générales 9
Deuxième Partie.
Traitement en général 15
Traitement par l'huile soufrée 19
Troisième Partie.
Observations 33
Indications et contre-indications 43
Conclusions 45
Index bibliographique 49

Nancy. — Anc. Imprimerie Vagner, rue du Manège, 3.